



Formulário para Solicitação de Exame de Tipificação do alelo HLA-B*5701

1. Nome da Instituição Solicitante (carimbo padrão)*				2. CNPJ		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
Nome*			5. Identificação do usuário nos relatórios		6. Data de Nascimento*	
3. Oficial:			1-Oficial 2-Social		7. Sexo atribuído ao Nascimento*	
4. Social:					1-Masculino 2-Feminino 3- Intersexo	
8. País		9. Cidade de nascimento*		10. UF*	11. Raça/Cor	
					1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena - Etnia: 6-Não informado 7-Ignorado	
12. Número de Identidade		13. CPF		14. Escolaridade		
				1. Nenhuma / 2. De 1 a 3 / 3. De 4 a 7 / 4. De 8 a 11 5. - De 12 e mais / 6. Não informado / 9. Ignorado		
15. Número SISCEL		16. Cartão Nacional de Saúde - CNS*			17. Telefone do Paciente	
-					()	
18. Gestante*		19. Idade Gestacional*			20. Prontuário	
		Semanas				
21. Nome do Responsável (se o paciente for menor de idade)*				22. CPF do Responsável (se o paciente for menor de idade)		
23. Nome da mãe*				24. Endereço do paciente		
25. Bairro		26. CEP	27. Cidade de residência do paciente		28. UF	
					29. Cód. IBGE Município	
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO EXAME						
30. Código do Procedimento		31. Nome do Procedimento				
02.01.02.006-8		COLETA DE SANGUE PARA TIPIFICAÇÃO DO ALELO HLA-B				
DADOS CLÍNICOS						
32. CID 10		33. Paciente exposto a antirretrovirais?*				
B24						
34. Esquemas antirretrovirais já utilizados e atualmente em uso:*						
Esquemas*:			Início* (ano)	Motivo da Troca		
				FT ¹	INT ²	Outros
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						
35. Nome do Profissional Solicitante*			36. Documento do Profissional Solicitante*		37. Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante*	
			CPF:			
38. CRM (Nº Registro do Conselho)*		39. Data do Preenchimento	40. E-mail do profissional solicitante			
UF/CRM: /						
PARA PREENCHIMENTO PELO LOCAL DE COLETA						
41. Nome de Instituição Coletora (Carimbo Padrão)*				42. Data da coleta*	43. Hora da Coleta*	
PARA PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO EXECUTOR DO EXAME						
44. Nome de Instituição Executora (Carimbo Padrão)			45. Identificador da Amostra	46. Data do recebimento	47. Hora do recebimento	

*Preenchimento obrigatório

<https://www.gov.br/aids/pt-br> (08/02/2023)

*Preenchimento Obrigatório, ¹ FT – Falha Terapêutica, ² INT – Intolerância

Instrucional - Solicitação tipificação do alelo HLA-B*5701 – Dados Clínicos:

Campos obrigatórios de preenchimento marcados com *.

18. Gestante*: informar se a paciente está gestante (S) ou não (N).

19. Idade Gestacional*: Informar a idade gestacional da paciente.

32. CID10: B24 (fixo, não alterar)

33. Paciente em tratamento?*: informar se o paciente já fez uso de antirretrovirais (inclusive PEP ou PrEP) – Sim ou Não. Não há indicação de realização do exame caso o paciente esteja em uso do Abacavir e não apresenta reação de hipersensibilidade.

34. Esquemas*: Campo de preenchimento obrigatório para pacientes em tratamento.

40. E-mail do profissional solicitante: informar o e-mail para contato caso deseje receber notificação que o exame está pronto.